

提出担当者	連絡先	TEL
	氏名	FAX

指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

届出者 郵便番号  
 住所  
 氏名  
 印  
 (法人にあっては名称  
 及び代表者の職・氏名)  
 電話番号

下記のとおり 指定を不要とする旨 を申し出ます。

記

施設等の名称		
開設の場所		
開設者 (事業者)	氏名又は名称	
	住所	
管理者	氏名	
	住所	
申し出に係る居宅サービスの種類 (申出を行うサービスの種類の番号を○で囲む)		1 訪問看護 2 介護予防訪問看護 3 訪問リハビリテーション 4 介護予防訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 介護予防居宅療養管理指導 7 通所リハビリテーション 8 介護予防通所リハビリテーション 9 短期入所療養介護 10 介護予防短期入所療養介護